

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

М.В. Шлыков, В.Д. Вагнер, Н.А. Сирота

Московский медико-стоматологический университет,
Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии, Москва

На основании изучения особенностей отношения к стоматологической болезни и лечению обосновывается необходимость психологической коррекции внутренней картины болезни у большинства пациентов, нуждающихся в стоматологической реабилитации. Выявлена низкая эффективность диагностики врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на заболевание и лечение. Показано, что одним из факторов оптимизации экспресс-диагностики внутренней картины болезни в стоматологической практике является повышение уровня коммуникативной компетенции врачей-стоматологов.

Ключевые слова: врач- стоматолог, психологическая причина, болезнь, диагностика.

Согласно данным ряда исследований, успешная деятельность врача предполагает высокий уровень его психологической подготовки, важность которой для медицинского персонала является неоспоримым фактом [1, 2, 4]. Несмотря на различные врачебные специализации, в медицине существуют общие принципы психологического влияния на больного. Врач любой специальности должен владеть некоторыми общими положениями и навыками психотерапевтического консультирования, психологической коррекции на различных этапах диагностики и лечения заболевания, в том числе и в стоматологии [11, 12]. Для широкого использования механизмов психологического влияния на пациента врачу необходимо знание структуры и понимание особенностей отражения болезни в психике человека. Наиболее употребительным для описания субъективных характеристик заболевания в отечественной медицине и клинической психологии является термин «Внутренняя картина болезни», который ввел отечественный ученый А.Р. Лурия. В настоящее время под внутренней картиной болезни понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь [8]. При этом внутренняя картина болезни является центральным психологическим образованием, на которое в первую очередь необходимо направить психологическое воздействие, когда отношение к болезни "неадекватно", препятствует успешности лечебных мероприятий и тормозит ход реабилитационного процесса.

Анализ психологической, деонтологической и медицинской литературы показывает, что основным средством диагностики внутренней картины болезни во врачебной практике является метод клинического интервью, который включает в себя беседу с пациентом и наблюдение за его поведением. В литературных источниках отмечается, что выявление психологических особенностей пациентов вызывает определенные трудности у врачей-стоматологов [5, 14]. Следует отметить, что специальных исследований, направленных на выявление эффективности диагностики особенностей личностного реагирования пациента на болезнь врачами, не имеющими специальной психологической или психотерапевтической подготовки, нами не выявлено. Работы, посвященные взаимодействию врача и пациента, в основном, ограничивались изучением коммуникативных свойств медицинских работников и не касались исследования коммуникативных навыков, в качестве интегративного показателя развития которых все чаще используется понятие социального интеллекта. В системе «врач-пациент» социальный интеллект приобретает особое значение, так как является непременным условием эффективности сбора медицинского и психологического анамнезов. Последний в условиях болезни в свою структуру обязательно включает внутреннюю картину болезни.

Высокая значимость внутренней картины болезни в стоматологической практике и недостаточная разработанность проблемы ее диагностики сформировали необходимость проведения комплексного исследования, целью которого было изучение особенностей внутренней картины болезни в стоматологической клинике и выявление психологических причин низкой эффективности ее диагностики. Реализация цели данного исследования проводилась в несколько этапов. На первом этапе изучались особенности внутренней картины болезни у пациентов, нуждающихся в стоматологической реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях. Второй этап был направлен на выявление эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение. На третьем этапе исследовались коммуникативные свойства и навыки врачей-стоматологов, потенциально влияющие на эффективность диагностики внутренней картины болезни.

Материалы и методы

Особенности внутренней картины болезни изучались у 368 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет (167 мужчин и 201 женщина), которые проходили амбулаторное стоматологическое лечение в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения Республик Карелия и Татарстан, городов Санкт-Петербурга и Тюмени. Критериями включения в группу исследования были: множественные кариозные поражения зубов и осложнения кариеса; воспалительные заболевания пародонта; дефекты зубных рядов; зубочелюстные аномалии. Критерии исключения: острые соматические заболевания и хронические соматические заболевания в стадии обострения; психические заболевания в анамнезе. В качестве психодиагностического инструмента использовалась методика психологической диагностики типов отношения к болезни и лечению (ТОБОЛ), которая традиционно применяется для изучения внутренней картины болезни в медико-психологических исследованиях [9]. Методика представляет собой опросник, в ее основу положена классификация

отношения к болезни А.Е. Личко и Н.Я. Иванова. Обработка данных позволяет, помимо выявления ведущего типа реагирования на болезнь и лечение, определить шкальные значения выраженности каждого из типов. С помощью данной методики диагностируется 12 типов отношения к болезни и лечению: гармоничный (Г), эргопатический (Р), анозогнозический (З), тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А), сенситивный (С), эгоцентрический (Я), паранояльный (П), дисфорический (Д), а также смешанный (если в диагностическую зону, равную 7 баллам от максимального значения, попадает 2-3 шкалы) и диффузный (более трех шкал) типы.

Для исследования эффективности распознавания врачами-стоматологами особенностей отношения пациентов к стоматологическому заболеванию и лечению нами была предложена «Шкала фиксации личностных реакций пациента на стоматологическое заболевание и лечение», предназначенная для заполнения врачами, у которых проходили лечение пациенты, участвовавшие в исследовании по методике ТООБЛ. В основу шкалы легли краткие описания 12 типов отношения пациента к своему заболеванию, которые используются в опроснике ТООБЛ. Методика работы со шкалой заключается в том, что врач, беседуя с пациентом и наблюдая за его поведением на приеме, оценивает по 4-х балльной системе степень проявления каждого из типов, руководствуясь их описанием: отсутствует (0 баллов), легкая (1 балл), умеренная (2 балла), выраженная (3 балла). Принцип построения данной шкалы заимствован у «Шкалы клинической стоматологической», которая предназначена для фиксации пяти психоэмоциональных реакций пациента на стоматологическое лечение в амбулаторной стоматологии [3].

Коммуникативные свойства и навыки врачей-стоматологов, потенциально влияющие на эффективность диагностики внутренней картины болезни, изучались с помощью следующих методик: анкеты для измерения отношения к другому человеку как ценности Н. Кашиновой [9]; опросника эмпатических тенденций И.М. Юсупова [15]; методики исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена, адаптированной к российской выборке Е.С. Михайловой (Алёшиной) [10].

Анкета для измерения отношения к другому человеку как ценности Н. Кашиновой применяется для прогнозирования профессиональной успешности в профессиях типа «человек-человек» и, по сути, направлена на определение наличия негативной коммуникативной установки, которая блокирует установление нормальных взаимоотношений с людьми, вносит напряженность, подозрительность и проявляется в негативизме, критиканстве, зависти, обидах, что является препятствием для всестороннего познания людей.

Теоретическим концептом опросника эмпатических тенденций И.М. Юсупова выбран феномен склонности человека к сопереживанию как потенциальный эмоциональный отклик на социальные явления и как процесс понимания переживаний другого. На основании полученных балльных оценок диагностируется уровень эмпатии: очень высокий, высокий, средний, низкий, очень низкий.

Тест Дж. Гилфорда и М. Салливена позволяет диагностировать такой психологический феномен как социальный интеллект, который обеспечивает понимание поступков и речи людей, прогнозирование их действий, а также раскодирование невербального поведения (мимики, жестов, телодвижений) людей.

Данная методика существенно расширяет диапазон психодиагностических средств, используемых для прогнозирования успешности профессиональной деятельности в профессиях типа «человек-человек». Стимульный материал представляет собой набор из 4 субтестов. Из них три субтеста составлены на невербальном материале и один - на вербальном. Уровень развития социального интеллекта в целом определяется на основе композитной оценки: низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий.

Результаты и их обсуждение

Данные экспериментально-психологического исследования особенностей внутренней картины болезни по методике ТОБОЛ свидетельствуют о том, что гармоничный тип отношения к заболеванию и лечению, который выражается в признании наличия стоматологических проблем, реальной оценке состояния рта, стремлении сотрудничать с медперсоналом и выполнять его рекомендации, диагностирован только у 13% обследованных пациентов. Этот факт указывает на необходимость психологической подготовки большинства пациентов к стоматологическому лечению путем коррекции неадекватных форм отношения к заболеванию и лечению, которые выступают в качестве так называемых психотерапевтических «мишеней». Преимущественными вариантами реагирования пациентов на стоматологическое заболевание и лечение являются эргопатический (диагностирован у 31% испытуемых), анозогнозический (21%) и смешанный эргопатически-анозогнозический (16%) типы отношения к болезни. При анозогнозическом типе наблюдается легкомысленное отношение к болезни, возможным ее последствиям, отрицание необходимости лечения и приписывание симптомам заболевания случайных обстоятельств. Эргопатический тип характеризуется «уходом от болезни в работу (учебу)». Пациенты стремятся отсрочить лечение по причине загруженности на работе (учебе). Отмечается избирательное отношение к лечению. При смешанном эргопатически-анозогнозическом типе пациенты отрицают необходимость лечения, и в то же время пытаются не думать о болезни, а быть поглощенным работой (учебой).

Следующим этапом нашего исследования было выявление эффективности распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение. На данном этапе в исследовании приняли участие 63 врача-стоматолога в возрасте от 24 лет до 61 года (48 женщин и 15 мужчин) со стажем работы от 1 года до 36 лет. Для решения этой задачи мы сопоставили результаты экспериментально-психологического исследования по методике ТОБОЛ с оценками выраженности личностных реакций пациентов, которые давали врачи, заполняя «Шкалу фиксации личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение» на основании наблюдения в ходе приема за поведением тех же 368 пациентов, заполнивших опросник ТОБОЛ.



Рис.1. Графическое изображение профиля личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение: по горизонтали - буквенные символы шкал, по вертикали справа - значения шкальных оценок по методике ТОБОЛ, слева - оценки врачей

Как видно из графического изображения профиля личностных реакций пациентов, полученного по методике ТОБОЛ (рис. 1, штриховая кривая), наиболее выражены шкалы гармоничного (16,1 балла), анозогнозического (19,6 балла) и эргопатического (14,5 балла) типов отношения к болезни и лечению. Следуя правилу интерпретации результатов методики, при котором гармоничный тип исключается в случае попадания в диагностическую зону кроме него еще какого-либо, можно говорить о доминировании у пациентов эргопатически-анозогнозического типа отношения к болезни и лечению. Оценка выраженности личностных реакций пациентов врачами-стоматологами (пунктирная кривая) свидетельствует о том, что, по мнению врачей, у пациентов ярко выражен гармоничный тип (2,2 балла) отношения к стоматологической болезни и лечению. Степень проявления других типов не достигает уровня даже легкой выраженности. Сопоставляя две эти кривые, можно сделать вывод, что за гармоничными проявлениями в поведении пациентов врачи часто не замечают признаков отрицания необходимости стоматологического лечения (анозогнозии) или недооценки болезни в форме ухода от стоматологических проблем в работу или учебу (эргопатический тип). Полученные данные указывают на низкую эффективность распознавания врачами-стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание, что, в свою очередь, не дает широко использовать средства психологического воздействия на пациента с целью коррекции неадекватно сформированной внутренней картины болезни.

Заключительным этапом исследования было изучение коммуникативных свойств и навыков врачей-стоматологов, которые потенциально влияют на эффективность экспресс-диагностики внутренней картины болезни. В этой части исследования приняли участие 69 врачей (50 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 24 лет до 61 года со стажем работы от 1 года до 38 лет. При этом 46 из них принимали участие в исследовании эффективности распознавания личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение.

Данные диагностики отношения к другому человеку как к ценности по методике Н. Кашиновой указывают, что только у 20% участвовавших в исследовании врачей коммуникативную установку можно признать положительно направленной. У 7% респондентов диагностирована негативная коммуникативная установка. Большинство испытуемых (73%) показали сомнительные результаты, то есть их коммуникативная установка не может быть признана ни позитивной, ни негативной, что в условиях медицинской практики не способствует познанию психологических особенностей пациентов.

Исследование эмпатии по методике И.М. Юсупова свидетельствует, что у большинства его участников (84%) развитие эмпатии соответствует среднему уровню. На высокий уровень пришлось всего 3% испытуемых, а на низкий – 13%. Анализируя результаты исследования в соответствии с интерпретацией автора, можно сделать вывод, что большинство респондентов могут испытывать затруднения в прогнозировании развития отношений между людьми посредством механизма эмпатии, что, в свою очередь, мешает полноценному восприятию людей.

Результаты исследования социального интеллекта по методике Дж. Гилфорда и М. Салливена указывают, что у 37% его участников развитие социального интеллекта соответствует уровню ниже среднего. У 59% композитная оценка по методике соответствует среднему уровню развития социального интеллекта, который обеспечивает адаптацию человека в социуме, но не всегда может способствовать профессиональной успешности в профессиях «человек-человек». Высокий уровень социального интеллекта встретился у 2% испытуемых, а 1% пришелся на низкий уровень. Таким образом, выявленный уровень развития социального интеллекта, то есть навыков понимания и прогнозирования поведения, распознавания смысла вербальной и невербальной экспрессии у врачей-стоматологов не способствует успешной диагностике внутренней картины болезни у пациентов.

Недостаточная коммуникативная компетенция врачей-стоматологов указывает на необходимость усиления практической направленности психологической подготовки врачей-стоматологов. В настоящее время разработан ряд программ по повышению коммуникативных навыков и умений медицинского персонала, эффективность которых неоднократно доказывалась [2, 4, 13]. Предпочтение отдается тренинговым формам подготовки, в ходе которых его участники производят самодиагностику своего коммуникативного опыта, его осмысление, что способствует ориентации в накопленном опыте и расширению коммуникативной компетенции. Но, наряду с общими задачами развития умений устанавливать и поддерживать психологический контакт с людьми, для повышения психологической подготовки медицинских работников следует уделять внимание формированию практических навыков декодирования вербальной и невербальной информации, получаемой от пациента, с целью экспресс-диагностики внутренней картины болезни.

Выводы

1. Гармоничный (адекватный) тип отношения к стоматологической болезни и лечению диагностирован только у 13% обследованных пациентов. Следовательно, подавляющему большинству пациентов врача-стоматолога необходима психологическая подготовка к лечению путем коррекции внутренней картины болезни. Преимущественными вариантами реагирования пациентов на

стоматологическое заболевание и лечение являются эргопатический (31%), анозогнозический (21%), а также смешанный эргопатически-анозогнозический (16%) типы отношения к болезни.

2. Данные исследования указывают на низкую эффективность распознавания врачами–стоматологами личностных реакций пациентов на стоматологическое заболевание и лечение. Этот факт ограничивает возможности использования методов психологического влияния на пациента, так как врачи-стоматологи не видят необходимости коррекции внутренней картины болезни у своих пациентов.

3. Коммуникативная компетенция врачей-стоматологов не способствует эффективности экспресс-диагностики внутренней картины болезни, что диктует необходимость развития коммуникативных навыков врачей-стоматологов и повышения уровня их психологической подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования: автореферат дис. ... д-ра. психол. наук / В.А. Аверин. – СПб, 1997. – 34 с.

2. Алексеева Л.Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала: автореферат дис. ... канд. психол. наук / Л.Л. Алексеева – СПб., 2002. – 20 с.

3. Бизяев А.Ф., Лепилин А.В., Иванов С.Ю. Премедикация в условиях стоматологического приема / А.Ф. Бизяев, А.В. Лепилин, С.Ю. Иванов. – Саратов, 1992. – 135 с.

4. Василькова А.П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков: автореферат дис. ... канд. психол. наук / А.П. Василькова. – СПб., 1998. – 18 с.

5. Герасимович И.С., Болдырев Ю.С. Создание позитивной мотивации у пациентов к применению технологии эстетико-функциональной реставрации зубов» / И.С. Герасимович, Ю.С. Болдырев // Маэстро стоматологии. – 2000. – №2. – С. 25-27.

6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л., 1983. – 311 с.

7. Кашинова Н.А. Особенности общения телефонисток и успешность профессиональной деятельности: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Кашинова. – Л., 1989. – 174 с.

8. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология: учебное пособие / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М., 2007. – 413 с.

9. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: методические рекомендации / авт.-сост. Л.И. Вассерман [и др.]– Л., 1987. – 25 с.

10. Михайлова (Алешина) Е.С. Тест Дж. Гилфорда и М. Салливена. Диагностика социального интеллекта: методическое руководство / Е.С. Михайлова (Алешина). – СПб., 2002. – 56 с.

11. Незнамов Г.Г., Трезубов В.Н. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологической практике: методические рекомендации / Г.Г. Незнамов, В.Н. Трезубов. – М., 1989. – 39 с.

12. Тупикова Л.Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях реформирования экономики: автореферат дис. д-ра. мед. наук / Л.Н. Тупикова. – СПб, 2002. – 34 с.

13. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей педиатров: автореферат дис. ... канд. психол. наук / Л.А. Цветкова. – СПб, 1994. – 16 с.

14. Шварцзайд Е.Е. Особенности психологии больных пожилого и старческого возраста и их учет в процессе изготовления зубных протезов / Е.Е. Шварцзайд // Стоматология. – 1993. – №3. – С. 78-81.

15. Юсупов И.М. Диагностика и тренинг эмпатийных тенденций личности: методическое руководство / И.М. Юсупов. – Казань, 1992. – 31 с.

INTERNAL IMAGE OF DISORDER IN PRACTICE OF STOMATOLOGIST: STUDY OF SPECIAL FEATURES AND ELUCIDATION OF PSYCHOLOGICAL CAUSES OF LOW DIAGNOSTIC EFFECTIVENESS

M.V. Shlykov, V.D. Wagner, N.A. Sirota

On the bases of studying special attitude to stomatological disorder and its treatment the necessity of psychological correction of internal image of disorder of the majority of the patients who need stomatological rehabilitation is substantiated. It has been elucidated low effectiveness of diagnostic by stomatologist. It was shown that one of the factors of efficient express-diagnoses of internal image of disorder in stomatological practice is to raise stomatologists' communicative competence to the proper level.